



SECCIÓN DE REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Oficina de Privacidad de los centros
CleanSlate Centers
244 Main Street, PO Box 32
Northampton, MA 01061
Tel: 413-584-2173, ext. 1403
Fax: 413-320-4155

Nombre en letra de imprenta:
Firma:
Fecha:

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE

El presente formulario se utiliza para autorizar la divulgación de información de salud protegida del paciente. Complete todas las secciones requeridas (→).

Formulario con campos para: Nombre completo del paciente, Fecha de nacimiento, Opciones de intercambio de registros (Parte A vs Parte B), Nombre y dirección de las partes, Registro del paciente (Elija el/los Registro(s) del paciente que se divulgará(n)), Finalidad del Registro del paciente, Fechas de tratamientos, y Casilla de Redivulgación con texto de autorización para el abuso de drogas/alcohol.

→ La presente Autorización caducará el _____, de _____, de 201__ (la autorización se puede otorgar durante un máximo de 1 año desde la fecha de firma que figura a continuación) o caducará automáticamente 30 días después de la fecha de firma (en caso de que no se especifique una fecha de vencimiento).

LEER → Comprendo que las reglamentaciones federales y estatales que rigen en cuanto a la Confidencialidad de los Registros de Consumo de Alcohol y Drogas de los Pacientes (p. ej., 42 CFR Parte 2, HIPAA) protegen mi privacidad y confidencialidad. Puedo revocar la presente Autorización y permitir el acceso a mi(s) Registro(s) del paciente en cualquier momento por escrito siempre y cuando CleanSlate Centers no haya adoptado medidas que dependieran de esta. Reconozco que la redivulgación o cualquier otra revelación o intercambio de mi(s) Registro(s) del paciente como se detalla anteriormente puede ocurrir sin mi consentimiento por escrito por alguien que reciba mi(s) Registro(s) del paciente de acuerdo con la presente Autorización, lo que puede resultar en una pérdida de la protección de mi privacidad. Reconozco y acepto que tengo el derecho de solicitar un informe de las divulgaciones de mi(s) Registro(s) del paciente. También comprendo que CleanSlate Centers no condicionará mi tratamiento en los centros de CleanSlate Centers a la firma de la presente Autorización excepto en la medida en que la ley lo permita. He leído, comprendo y acepto la presente Autorización y autorizo libremente la utilización y divulgación de mi(s) Registro(s) del paciente como se detalla anteriormente.

→ Firma → Fecha → Nombre en letra de imprenta → Relación con el paciente